

JETZT NEU

KOSTENLOSE PFLEGEHILFSMITTEL ZUM VERBRAUCH

Erhalten Sie jeden Monat die zur Pflege notwendigen Produkte in einzelnen Kundenboxen geliefert -

jetzt Partner werden
und hohe Provisionen sichern



WERDEN SIE PFLEGE/CHECK24 PARTNER!

- und profitieren Sie von monatlichen Provisionszahlungen.
- Monat für Monat über die gesamte Laufzeit!

PFLEGE/CHECK24
Pflegecheckbox

Rufen Sie uns an! Wir beraten Sie gerne.

PFLEGE/CHECK24 KG | Ballindamm 3 | 20095 Hamburg | Telefon 040-30 72 35 37 | info@pflegecheckbox.de



PFLEGE|CHECK24 KG

Pflegecheckbox

Angebot PFLEGE|CHECK24
Werden Sie Pflegecheckbox-Partner

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Erhalten Sie jeden Monat die zur Pflege notwendigen Produkte in einer praktischen Box geliefert.



Unser Service für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste:

Wir bieten Ihnen folgende interessante Leistungen an:

Als zuverlässiger und professioneller Ansprechpartner rund um die Versorgung Ihrer Kunden liegt es in unserem Interesse, Ihnen die Arbeit zu erleichtern und Möglichkeiten der Zeitersparnis und Kostenersparnis einzuräumen.

Sparen Sie nicht nur wertvolle Zeit sondern auch Geld!

Werden Sie Pflegecheckbox-Partner und profitieren Sie von monatlichen Provisionszahlungen. Erhalten Sie pro Kunde bei Lieferung der Pflegehilfsmittel durch die Pflegecheck24 KG monatlich 10,- Euro Provision. Monat für Monat über die gesamte Laufzeit!

Ihr Vorteil:

- wir sparen Ihnen Personalkosten
- wir übernehmen für Sie alle Formalitäten hinsichtlich der Antragstellung, Bewilligung und Kostenerstattung
- wir beliefern Sie ausschließlich mit Qualitätsprodukten namhafter Hersteller.
- wir versichern Ihnen eine pünktliche und zuverlässige Abwicklung aller Aktivitäten

Mit uns finden Sie zusätzlich professionelle Partner zu den Themen Treppenlift, Pflegeberatung und Notrufsysteme. Selbstverständlich erhalten Sie auch hier interessante Partner-Provisionen.

Rufen Sie uns an! Wir beraten Sie gerne.

Wir sind für Sie von Montag bis Freitag in der Zeit von 08.00 Uhr bis 18.00 Uhr telefonisch erreichbar:
Telefon 040-30 72 35 37

Für weitere Fragen und Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Alexander Delicat

PFLEGE|CHECK24 KG

 **Herzretter**
WIR MACHEN MIT!

www.herzretter.de

1 Bestellformular Pflegecheckbox

Wählen Sie aus sechs verschiedenen Varianten

PFLEGE/CHECK24
Pflegecheckbox

1

Name der/des Antragstellers

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon: (Nur für Rückfragen, Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)		E-Mail:
Pflegegrad: (Bitte unbedingt angeben!) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ich habe keinen Pflegegrad		
Versicherte(r) ist: ☐ gesetzlich pflegeversichert ☐ privat pflegeversichert ☐ beihilfeberechtigt ☐ über Ortsamt/Sozialamt versichert		
Versicherte(r) bezieht: ☐ Pflegesachleistung § 36 ☐ Pflegegeld § 37 ☐ Kombinationsleistung § 38		
Versicherte(r) ist befreit von der gesetzlichen Zuzahlung: ☐ ja ☐ nein		

2

Angehörige(r)/Pflegeperson

Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegeperson ist: ☐ Ehe-/Lebenspartner ☐ (Schwieger-)Tochter/Sohn ☐ Mutter/Vater ☐ Freund(in)/Bekannte(r) ☐ Betreuer(in)		
Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: ☐ ja ☐ nein		

3

Auswahl der Pflegecheckbox

Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte Pflegecheckbox an

Wählen Sie eine von sechs Varianten	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Bettschutzeinlagen	25 Stk.	---	50 Stk.	75 Stk.	---	50 Stk.
Einmalhandschuhe	100 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	---	200 Stk.	100 Stk.
Händedesinfektion	500 ml	500 ml	500 ml	---	500 ml	500 ml
Mundschutz		50 Stk.				
Flächendesinfektion	500 ml	500 ml	---	---	500 ml	500 ml
Schutzschürzen	100 Stk. (kurz)	100 Stk. (lang)	---	100 Stk. (kurz)	100 Stk. (kurz)	---
Handschuhgröße:	☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL	Handschuhmaterial: ☐ Nitril ☐ Vinyl ☐ Latex				

4

Lieferadresse Die monatliche Lieferung an

☐ die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)	☐ die/den Angehörige(n)/Pflegeperson ☐ den Pflegedienst
ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden!	

5

Ihr Pflegedienst

Nennen Sie bitte den betreuenden Pflegedienst

Name Pflegedienst, Referenz/Partnernummer:	
Straße/Nr.: PLZ/Ort:	
Telefon:	Ansprechpartner:

6

Rechnungsempfänger

Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilfeberechtigten

☐ Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r) 1	☐ Angehörige(r)/Pflegeperson 2
--	--

7

☐ Ich habe die AGB (www.pflegecheckbox.de) zur Kenntnis genommen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die PFLEGE/CHECK24 KG, Ballindamm 2, 20095 Hamburg, die von mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über Pflege- & Gesundheitsthemen zu informieren. Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@pflegecheckbox.de oder per Post an PFLEGE/CHECK24 KG, Ballindamm 3, 20095 Hamburg widerrufen. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die PFLEGE/CHECK24 KG können Sie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter www.pflegecheckbox.de/datenschutz abrufbar sind.

Unterschrift Versicherte(r)

X

und/oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)

Hinweis:

Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss.

Sie benötigen Hilfe beim ausfüllen? Wir übernehmen das gerne für Sie!

Mo bis Fr von 09:00 Uhr bis 19:00 Uhr
Samstag von 10:00 Uhr bis 18:00 Uhr

040-30 72 35 37



Bitte füllen Sie den umseitigen Antrag aus, damit die Kosten für Ihre Pflegebox von der Pflegekasse übernommen werden können.

2 Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)

1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

■ Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ Frau ☐ Herr	Vorname: ■	Name: ■
Straße/Nr.: ■ PLZ/Ort: ■		
Geb.-Datum: ■ (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)		
Pflegekasse: ■ Versicherten-Nr.: ■ (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)		

2 Ich beantrage die Kostenübernahme für

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bitte zutreffendes ankreuzen	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittel-positionennummer
☐	Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
☐	Fingerlinge puderfrei	54.99.01.0001
☐	Einmalhandschuhe puderfrei	54.99.01.1001
☐	Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
☐	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
☐	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
☐	Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
☐	Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0002

Für die Pflegekasse

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

3 Benötigte Stückzahl Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)

Benötigte Stückzahl	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittel-positionennummer
	Saugende Bettschutzeinlage wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4 _ _ _

4 Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: PFLEGE CHECK24 KG / Pflegecheckbox Ballindamm 3, D-20095 Hamburg	Institutionskennzeichen: IK 330206337
--	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- ☐ PG 54 bis € 40 monatlich
☐ PG 51 ohne Zuzahlung

- ☐ PG 54 bis € 20 monatlich
☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

- ☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift

PLZ, Ort

Wechselerklärung

Datum _____

hiermit kündige ich den Bezug der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch bei meinem bisherigen Leistungsanbieter

zum _____.

Ab dem _____

möchte ich die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von folgendem Leistungsanbieter beziehen:

20095 Hamburg

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage auf die Pflegecheck24 KG zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

VOLLMACHT

ZUR UNTERZEICHNUNG VON LIEFERBESCHEINIGUNGEN FÜR PFLEGEHILFSMITTEL ZUM VERBRAUCH

NUR AUSZUFÜLLEN WENN DER PFLEGEDIENST/SOZIALSTATION DIE PFLEGEHILFSMITTEL ERHÄLT

Vollmachtgeber

Name _____

Straße Hsnr _____

PLZ/Ort _____

Pflegekasse _____

Versicherungs-Nr _____

Pflegeperson

Name _____

Straße Hsnr _____

PLZ/Ort _____

Vollmachtnehmer

Pflegedienst/Sozialstation _____

Name 1 _____

Name 2 _____

Straße Hsnr _____

PLZ/Ort _____

Hiermit bevollmächtige ich als Vollmachtgeber oben genannten Vollmachtnehmer die Lieferbestätigungen der Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen.

Ort, Datum

X

Unterschrift Versicherter/Angehöriger/Betreuer



Ich kann Leben retten.
Du kannst es auch!

Spenden und fördern

Jede Spende hilft!

Egal, ob Einzelspende, regelmäßige Spende oder Firmenspende – 100% Ihrer Spende fließen in die Trainings für Kinder und Jugendliche in Kitas, an Schulen und in Jugendgruppen.

Spendenkonto

Ich kann Leben retten! e.V.

IBAN: DE32 2005 0550 1002 2536 05 | Verwendungszweck: Spende für Herzretter-Trainings